

УДК 616.62-003.7:616-08-039.71:615

© Коллектив авторов, 2013.

## ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА УРОСТОН В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

П.М. Клименко, С.Э. Шимкус, Н.П. Клименко, В.А. Чабанов, Лукман И. Махамад

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.

### UROSTON DRUG CLINICAL USE EXPERIENCE IN THERAPY AND PROPHYLAXIS OF URINARY STONE DISEASE

P.M. Klymenko, S.E. Shimkus, N.P. Klymenko, V.A. Chabanov, Lukman I. Makhamad

#### SUMMARY

42 patients with renal concrements were examined. 30 patients of the main group were taking phytomedicine Urostone, 12 patients were taking 1 tablet of No-spa two times a day during 12 days. Unusual effect, improvement of urination in 12 patients (28.5 %) of old age group were noted. Urostone promoted elimination of concrements in 18 patients (66.7 %). Average duration of elimination was 12.3 days. Concrements were eliminated themselves in 4 cases with one-sided stones, in 3 cases concrements were reduced at 45 %. However effective duration of taking medicine must be not less than 3-6 months for prophylaxis and metaphylaxis of urinary stone disease.

### ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО РОСЛИННОГО ЗАСОБУ УРОСТОН У ПРАКТИЦІ ЛІКУВАННЯ Й ПРОФІЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЇ ХВОРОБИ

П.М. Клименко, С.Э. Шимкус, М.П. Клименко, В.О. Чабанов, Лукман И. Махамад

#### РЕЗЮМЕ

Досліджено 42 пацієнта з нирковими конкрементами. 30 пацієнтів основної групи прийняли фітопрепарат Уростон. 12 хворих по 1 пігулці нош-па два рази на день протягом 12 діб. Незвичний ефект покращення акту сечовиведення у 12 (28,5%) пацієнтів старшої вікової групи. Уростон сприяв виведенню конкрементів у 18 хворих (66,7%). Середній час виведення складав 12,3 діб. При односторонніх каменях в 4 випадках конкременти самостійно відійшли, а в 3 випадках зменшились на 45%. Однак для найбільш ефективного прийому проміжок часу повинен складати не менше 3-6 місяців для профілактики і метафілактики МКБ.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, лечение, профилактика.

Сегодня, как никогда, в силу фальсификации лечебных препаратов, аллергизации населения и тяжелого экономического положения, в качестве лечения все шире используется фитотерапия[2]. Она хорошо переносится пациентами и практически не обладает побочными эффектами, однако её эффективность во многом зависит от качества продукции. Травы хорошо сочетаются друг с другом, их можно использовать одновременно с любыми другими методами лечения, что позволяет быстрее и эффективнее добиться выздоровления. В тяжелых случаях добавление лекарственных растений к фармакотерапии повышает безопасность лечения, в результате мембраностабилизирующего эффекта, а с увеличением диуреза быстрее выводятся продукты клеточного распада, метаболиты и токсины. Инфекционно-воспалительные заболевания(ИВЗ) нижних мочевыводящих путей, а также мочекаменная болезнь (МКБ), несмотря на достигнутые в последние годы успехи в их лечении, продолжают оставаться актуальной проблемой современной урологии и тре-

буют своевременного, эффективного и безопасного лечения, направленного и на предупреждение рецидивов и осложнений[1]. МКБ является самым распространенным урологическим заболеванием, а больные с мочекаменной болезнью составляют около 45% всех больных с хирургическими заболеваниями мочевыводящих путей[5]. Являясь многофакторным заболеванием, она возникает в результате нарушения метаболизма физико-химических процессов, происходящих в организме, с центром локализации на уровне мочевыводящей системы и её течение отличается крайним разнообразием. Заболеваемость уролитиазом во многом зависит от климатического фактора, в результате Юг Украины остается эндемичными по этому заболеванию, которое часто протекает упорно, с частыми рецидивами, принимает затяжной хронический характер, приводя к инвалидизации и даже смерти[6].

Эффективность инвазивных методов лечения, таких, как открытые оперативные вмешательства, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия-

(ЭДВЛТ), чрескожная перкутанная пиелолитрипсия (ЧППЛТ), широко используются в настоящее время, однако эти методы довольно дорогостоящие и не всегда безопасны [4].

Результаты последних исследований свидетельствуют, что применение фитотерапии в сочетании с тактикой бдительного ожидания может уменьшить выраженность симптомов мочекаменной болезни и ускорить выведение камней. В нашем исследовании мы использовали растительное средство Уростон производства СКМ Хербосютикалс, Индия. 1 таблетка содержит: трава камнеломки язычковой (*Saxifraga ligulata*) - 100мг; трава марены сердцелистной (*Rubia cordifolia*) - 35мг; корневища сыти (*Syperus scaiosus*) - 35мг; семена шерстистого соломонца (*Achyranthes aspera*) - 35мг; наземная часть ономы (*Onosva bracteatum*) - 35мг; пепельной вероники (*Vernonia cinerea*) - 35мг; асафетида (*Ferula assa-foetida*) - 30мг; плоды якорцов стелящихся (*Tibulus terrestris*) - 15мг; мумие очищенное (*Shilajeet*) - 15мг. Обработанных паром экстрактов по 5мг: наземной части базилика душистого (*Ocimum basillicum*); семена долихоса (*Dolichos biflorus*); семена мимозы (*Mimosa pudica*); павония ароматная (*Pavonia odorata*); полевой хвощ (*Equisetum arvense*); семена тикового дерева (*Tectona grandis*). Балластное вещество - тальк. Уростон входит в фармацевтическую группу, относящуюся к средствам, которые способствуют растворению мочевых камней.

Уростон рекомендован для применения как профилактическое средство и для литолиза оксалатных, фосфатных, уратных конкрементов. Используется с целью метафилактики после операций проведенных по поводу мочекаменной болезни; как вспомогательное средство при инфекции мочевых путей; при неспецифических уретритах, циститах, при нарушении отхождения мочевой кислоты. Случаев передозировки не наблюдалось, из побочных эффектов, в исключительных случаях, аллергические реакции.

Цель исследования - оценить безопасность и эффективность растительного средства Уростон у пациентов с мочекаменной болезнью путем оценки уменьшения выраженности симптомов, уменьшения/выведения почечных камней, коррекция биохимических показателей мочи.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 42 пациента с почечными конкрементами размером от 5 до 12 мм. Тридцать пациентов принимали Уростон производства СКМ Хербосютикалс, Индия. Остальные 12 принимали внутрь по 1 таблетке нош-па два раза в день в течение 12 дней. Улучшение клинических симптомов, а также мочевых и биохимических показателей больных оценивали на 6-й и 12-й неделе. При поступлении больных, на 6-й неделе и на 12-й неделе исследования проводили рентгеновский ана-

лиз (обзорная урография) и ультразвуковое исследование, которое выявило интересные закономерности, не описанные другими авторами. Использование Уростона опосредованно уменьшало ишемизацию паренхимы предстательной железы, снимало ирритативную симптоматику и уменьшало турбулентность потока мочи, что и способствовало ликвидации воспалительного процесса. Гемодинамические изменения в ПЖ, подтверждены методом трансректальной доплерографии. С восстановлением гемодинамики уменьшились симптомы воспаления, улучшилась копулятивная функция, купировались симптомы воспаления. Во всех случаях после лечения, деформация сосудистого рисунка была менее выражена и отмечалось улучшение васкуляризации ПЖ.

Протокол исследования, форма информированного согласия, индивидуальная регистрационная форма и другие документы, связанные с проведением исследования, были утверждены местным комитетом по этике. Уростон имеет ряд преимуществ перед медикаментами химического синтеза. Он обладает лучшей переносимостью, содержит природные соединения, к которым человек эволюционно приспособлен, высокой биодоступностью и минимумом побочных эффектов. В случае безуспешности лечения, использовались аппаратные пособия лечения мочекаменной болезни. Эндоскопическое лечение камней позволило лечить таких больных с камнями мочеточников, используя минимально инвазивные методы, благодаря чему повысился показатель эффективности и снизился уровень смертности, связанной с проводимым лечением. Критерий оценки эффективности лечения - снижение частоты возникновения почечной колики, динамику изменений в анализах мочи - купирование лейкоцитурии и бактериурии.

Все пациенты при необходимости получали симптоматическую терапию с анальгетиками, с приемом воды не менее 2 л воды в день. Врачебное наблюдение осуществлялось в течение 3 месяцев. Они проходили общеклиническое обследование + обзорная урография и ультразвуковое исследование на 12-й неделях, с оценкой интенсивности таких клинических симптомов, как боль в области живота, болезненное мочеиспускание и болезненность в области почек, число почечных колик, частоту мочеиспускания, дизурию, гематурию.

Во время последующих контрольных посещений записывали данные о нежелательных явлениях терапии при их наличии. Оценивали размер конкрементов, скорость выведения, общее число выведенных конкрементов, количество принятых болеутоляющих средств.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Уростон способствовал выведению конкрементов у 18 больных (66,7%) Среднее время выведения

составило 12,3 дня (от 7 до 20 дней) у пациентов, проходивших лечение, при этом произошло значительное уменьшение размеров камней, в то время как уменьшения размеров камней у пациентов, принимавших уролесан, не наблюдалось. При камнях мочеточников на фоне приема Уростона самостоятельное отхождение отмечено у 18 больных, из них 2 сочетали прием Уростона и дексалгина 3 раза в сутки. 2 больных принимали Уростон в течение 1 мес. при наличии рецидивного камня верхней трети мочеточника. При односторонних камнях в 4 случаях конкременты самостоятельно отошли, в 3 случаях уменьшились на 45%. У 1 больного с рентгеноотрицательным камнем произошло его растворение на фоне приема Уростона в сочетании с Уралитом У, по рекомендованным схемам. В 5 случаях, несмотря на прием Уростона, видимых положительных изменений не отмечено.

Отмечено уменьшение выраженности клинических симптомов и гематурии, снижение

частоты мочеиспускания и уменьшение болезненности в области почек, мочеточников и мочевого пузыря. У пациентов, принимавших растительный уrolитик Уростон, значительно уменьшилось количество эритроцитов и лейкоцитов в моче, а также значительно снизился уровень мочевой кислоты в сыворотке крови.

Особенно интересным оказался эффект, улучшения акта мочеиспускания у 12(28,5%) пациентов старшей возрастной группы с СНМП(синдромом нижних мочевых путей). Клинический эффект достигался обычно на 10-15 день лечения, проявляясь в снижении суммарного балла(У) по международному опроснику, у 9(21,4%) – после 2 месячного приема. Объем предстательной железы (Vv) определяли по формуле Terris-Stamey, увеличении максимальной скорости потока мочи(Qmax) и урофлоуметрического индекса (Yи), оставаясь на одном уровне в течение последующего времени, что отображено в таблице 1.

Таблица 1.

**Изменение показателей суммарного балла, УИ, объема ПЖ, остаточной мочи, максимальной скорости потока мочи**

Показатели	Единица измерения	Сроки лечения			
		До лечения	Через 4 недели	Через 8 недель	Через 16 недель
Σ, (NIH-CPSI)	Баллы	21,6±1.8	20,5±2.3	16,4±2.1	14,3±2,3
Vp, объем ПЖ	мл	44,5±4.5	42,3±3.5	41,3±4.1	38,7±2,5
Vv, объем остаточной мочи	мл	47,3±4,1	38,5±5,3	25,4±4,3	15,8±3
Q max, макс. скорость потока мочи	мл/сек	12,3±2,1	16,6±5,5	17,4±3,3	20,3±5,4
УИ, урофлоуметрический индекс	Усл.ед.	0,73±0,01	0,86±0.01	0,91±0.01	0,92±0.01

Динамика указанных уродинамических показателей свидетельствует об уменьшении ПЖ, хотя достоверного изменения Vp мы не отметили, несмотря на некоторую тенденцию к уменьшению ПЖ[3]. Для получения более выраженных положительных изменений, с большей вероятностью необходим более продолжительный прием исследуемого препарата. Достоверное уменьшение остаточной мочи, возможно связано с противотечным действием препарата и повышением тонуса детрузора наряду с уменьшением тонуса гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры [7]. Отмечена определенная корреляция между улучшением гемодинамических показателей кровотока

ПЖ и урофлоуметрическими данными, что связано с уменьшением интерстициального отека и дисметаболических нарушений в результате купирования ишемии.

Присоединение мочевой инфекции не только существенно усугубляло течение заболевания, но и являлось важным дополнительным местным фактором возникновения и поддержания хронического (рецидивирующего) течения МКБ. В связи с чем, при обострении сопутствующего пиелонефрита обязательно проводилось его лечение, или же проводилась его профилактика. Надо особо подчеркнуть, что только удаление камня из почки и верхних мочевыводящих путей тем или иным способом, являются

необходимым условием для полной ликвидации мочевой инфекции. Для чего назначается антибактериальная терапия, которую целесообразно проводить согласно результатам посевов мочи на флору, степени бактериурии и чувствительности к антибактериальным препаратам на фоне препаратов, улучшающих микроциркуляцию (пентоксифиллин.), дезагрегантов (курантил, персантин), антагонистов кальция (верапамил и др.). Однако учитывая преимущественное наличие *E.coli*, мы изначально применяли перспективный цефалоспориновый антибиотик третьего поколения Цефиксим (Цефорал) 0,4 x 1 раз в сутки 7-8 дней, что позволило избежать потери времени и необоснованных финансовых затрат, на поиск предполагаемого возбудителя(?...), с достижением выраженного клинического эффекта. Уровень лейкоцитурии в основной группе не превышал  $7 \pm 1,25$  в поле зрения, тогда как в контрольной группе он был в среднем  $10 \pm 1,47$ . При анализе показателей у пациентов основной группы уровень лейкоцитурии после назначения антибактериальной терапии нормализовался в среднем в течение  $4 \pm 0,65$  дней, в контрольной - в течение  $10 \pm 5,38$  дней. Применение Уростона открывает новые возможности лечения этих больных, особенно с резидуальными осколками после литотрипсии. Однако длительность профилактических курсов и их частота пока четко не определены. Постоянный или частый прием лекарств создает предопределенные психологические проблемы у больных и требует финансовых затрат. С этой точки зрения применение Уростона с весьма широким диапазоном дозирования достаточно перспективно.

Получены достоверные данные о снижении лейкоцитурии в группе с применением Уростона, при этом в основной группе дизурия уменьшалась или полностью устранялась быстрее, чем в контрольной.

#### ВЫВОДЫ

1. Высокое качество и уникальные свойства растительных компонентов Уростона позволяют с уверенностью рекомендовать его для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Благодаря комплексу лечебных эффектов Уростона (диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное, антимикробное действие, улучшение микроциркуляции и функции почек) и целесообразным использовать Уростон в

качестве препарата выбора при проведении сопровождающей терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

2. Уростон безопасный и эффективный растительный уrolитик для лечения больных с малыми почечными камнями, ускоряя процесс их выведения с «мягким лечением» пиелонефрита, препарат хорошо переносится больными, не вызывая побочных эффектов. Уровень лейкоцитурии в основной группе не превышал  $7 \pm 1,25$  в поле зрения, тогда как в контрольной группе он был в среднем  $10 \pm 1,47$ . Однако эффективная длительность приема должна составлять не менее 3-6 месяцев, для профилактики и метафилактики МКБ.

3. Применение Уростона оказывает положительное воздействие на гемодинамику ПЖ, опосредованно приводя к восстановлению микроциркуляции в ПЖ и повышению эффективности проводимого лечения, купированию синдрома нижних мочевых путей, у определенной группы пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Возіанов О.Ф., Пасечников С.П., Павлова Л.П. Досягнення і проблеми урологічної допомоги населенню України // Урологія. - 2001. - №4. С.3-6.

2. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія. - Дніпропетровськ: РВА "Дніпро-VAL", 2002. - 830с.

3. Гажонова В.Е. Значение ультразвуковой ангиографии в диагностике простатита // Эхография. - Т1. - №1. - 2000. - С.104-198.

4. Екстрена ударнохвильова літотрипсія у лікуванні хворих на уретеролітаз, ускладнений гострим піелонефритом / Возіанов О.Ф., Пасечников С.П., Синишин Ю.І., Мітенко М.В. // Урологія. - 2005. - Т9, №2 - С. 5-11.

5. Окклюзия мочевыводящих путей – основная причина развития ряда осложнений мочекаменной болезни / Яненко Э.К., Румянцев В.Б., Сафаров Р.М., Ступак Н.В. // Урология. - 2003. - №1. - С. 17-21.

6. Опасности, ошибки, осложнения дистанционной литотрипсии, их лечение и профилактика: Автореф. дис. д-ра наук: 14.01.06/ НИИ Урологии МЗ РФ. - М., 2003. - 35 с. 3. Камни почек и мочеточников / Переверзев А.С, Россихин В.В., Илюхин Ю.А., Ярославский В.Л. - Харьков.: ООО «С.А.М.», 2004. - 224 с.

7. Roberts R.O., Lieber M.M., Bostwick D.G. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes // Urology. - 1997. - №49. - P.809-821.